

Oxigenoteràpia domiciliària en pacients sense insuficiència respiratòria de la recomanació

En pacients amb malaltia crònica avançada que presenten dispnea, l'oxigenoteràpia domiciliària no està indicada si el pacient no té insuficiència respiratòria.

Resum

- La dispnea és un dels símptomes principals en pacients amb malalties cròniques avançades, tant respiratòries com d'altres de diferent origen (cardíaques, neoplàsiques, etc.).
- Per al tractament de la dispnea la indicació d'oxigenoteràpia domiciliària és una pràctica la indicació d'oxigenoteràpia domiciliària és una pràctica molt habitual al nostre medi.
- La dispnea és de causa multifactorial i només en els casos en què s'acompanya d'insuficiència respiratòria, l'oxigenoteràpia pot millorar-la.
- Hi ha altres estratègies terapèutiques per al control de la dispnea en malalts sense insuficiència respiratòria, com la rehabilitació respiratòria, l'ús de broncodilatadors si hi estan indicats, el tractament de l'ansietat i la depressió, el suport psicològic o mètodes tan senzills com el ventall.

Més informació

La dispnea es defineix com la sensació subjectiva de falta d'aire o dificultat per respirar. Engloba múltiples sensacions qualitativament i quantitativament diferents, que expliquen l'heterogeneïtat amb què s'expressa aquest símptoma. És el símptoma més freqüent en les malalties respiratòries evolucionades i també es pot presentar en altres malalties no respiratòries. Entre elles la insuficiència cardíaca o els pacients oncològics. La dispnea refractària, definida com l'ofec en repòs o al mínim esforç que persisteix tot i un tractament adient de les possibles causes, limita les activitats bàsiques de la vida diària afectant, per tant, la qualitat de vida tant dels malalts com la dels cuidadors. Millorar la dispnea en aquesta situació sol ser complicat, ja que el seu origen és multifactorial (factors fisiològics, psicosocials o ambientals).

L'objectiu del tractament de la dispnea ha d'incloure la disminució de la seva intensitat, però també aconseguir una milloria de l'estat general que permeti l'increment de la tolerància per realitzar les activitats de la vida diària i així millorar la qualitat de vida. Per tant, és necessària una valoració individual per establir l'estratègia terapèutica adient per a cada pacient a fi d'aconseguir un major impacte en la seva qualitat de vida.

L'oxigenoteràpia contínua domiciliària (OCD) ha demostrat beneficis només en pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) en fase d'insuficiència respiratòria crònica ($PaO_2 \leq 55$ mm Hg respirant aire ambient), en termes d'augment de la supervivència, i en alguns casos en millorar la dispnea i, conseqüentment, l'estat funcional del pacient.

Malgrat la manca d'evidència, arreu del món l'OCD es prescriu amb freqüència per al tractament de la dispnea en pacients amb malalties evolucionades, sense tenir en compte la PaO_2 , o fins i tot per demanda del pacient i la seva família. Hi ha dades internacionals que mostren al voltant d'un 30% de prescripcions d'oxigen com a tractament pal·liatiu de la dispnea i que el 77% de metges que fan cures pal·liatives prescriuen l'oxigen en casos de dispnea de difícil control. De fet, algunes guies internacionals de tractament de pacients amb malalties molt

avançades recomanen l'ús de l'oxigen com a tractament pal·liatiu de la dispnea, sense que sigui necessari fer determinacions de gasos arterials per confirmar l'existència d'hipoxèmia, en malalts amb càncer, amb MPOC sense insuficiència respiratòria però en què es constati milloria del símptoma o en malalts amb insuficiència cardíaca.

Tot i l'extensa utilització de l'oxigen com a tractament pal·liatiu de la dispnea, els seus beneficis són pocs i molt controvertits. Existeixen estudis observacionals, aleatoritzats i revisions sistemàtiques que mostren resultats molt escassos i, a la vegada, controvertits.

En pacients amb MPOC i dispnea molt limitant que no compleixen criteris convencionals d'oxigenoteràpia, en una revisió amb 431 malalts, es demostra que l'oxigen redueix moderadament la dispnea però d'una forma molt heterogènia en els estudis avaluats, per la qual cosa els autors recomanen, de moment, fer una avaluació individualitzada fins que hi hagin més evidències dels beneficis de l'oxigenoteràpia en aquests malalts. A vegades, un bon control de l'ús dels broncodilatadors pot reportar una milloria de la dispnea. D'altra banda, un recent estudi que avalua l'efecte de l'oxigen de deambulació amb cilindre versus aire comprimit a flux alt, durant les activitats, no demostra beneficis en termes de control de la dispnea o de qualitat de vida. No obstant això, en els malalts amb MPOC sense criteris convencionals d'OCD però amb dessaturació de l'oxihemoglobina (SpO₂) a l'esforç en què es demostrï una milloria de la dispnea es pot plantejar el tractament amb oxigen, tot i que cal individualitzar-ne la indicació.

En malalts amb malalties diferents de l'MPOC en fase molt avançada i dispnea de difícil control (malaltia pulmonar intersticial, càncer, insuficiència cardíaca o altres patologies) hi ha diverses revisions que inclouen estudis aleatoritzats amb grup control i amb comparació del tractament d'oxigen amb altres alternatives sense resultats concloents. La majoria d'aquests comparen l'oxigen amb l'aire comprimit, sense que es mostri un major benefici amb l'ús de l'OCD. Hi ha, també, diversos estudis aleatoritzats i amb grup control que comparen l'eficàcia de l'oxigen versus els opiacis i en la majoria es demostra una clara superioritat d'aquests en el control de la dispnea dels malalts, tinguin o no hipoxèmia. Finalment, també s'ha demostrat que l'ús d'aire mitjançant un ventall o un ventilador té els mateixos beneficis que l'oxigen.

Segons dades del CatSalut, al desembre de 2013 hi havia a Catalunya un total de 12.558 pacients amb OCD. La prescripció de tractaments d'oxigenoteràpia s'ha incrementat un 6,7% respecte el desembre de l'any 2012 i un 15,6% respecte el desembre de 2009. El concentrador és el dispositiu més utilitzat, seguit del concentrador portàtil. L'ús d'aquests dos dispositius ha crescut un 25,3% i un 339,3%, respectivament respecte l'any 2009 en detriment de la bombona portàtil i l'oxigen líquid, que en el mateix període han disminuït la seva utilització en un 78,1% i un 18,7% respectivament. La variabilitat entre sectors sanitaris en el nombre de pacients en OCD per 100.000 h. és elevada (coeficient de variació: 53,1%).

El cost diari del concentrador estàtic és de 3,3 €/dia mentre que el dels dispositius portàtils (concentrador portàtil i oxigen líquid) és de 7 €/dia. Per tant, el cost d'aquestes prescripcions s'apropa als 12.000 €/mes. El cost diari del tractament simptomàtic amb morfina s'apropa als 0,20 €/dia, 6 € al mes.

Un altre punt a considerar és que l'oxigen pot tenir efectes secundaris, fonamentalment el desenvolupament d'hipercàpnia amb les repercussions clíniques que comporta, però també efectes menys importants com la congestió i irritació de la mucosa nasal o l'èczema de contacte pel material amb què es realitzen les sondes nasals i, finalment, els efectes psicològics i socials negatius.

En resum, si es té en compte que l'oxigenoteràpia és un tractament costós i a més no hi ha evidència científica que n'avalï el seu ús com a tractament de la dispnea en pacients que no presenten insuficiència respiratòria podríem concloure que l'oxigenoteràpia en pacients amb dispnea sense insuficiència respiratòria és una indicació controvertida i, per tant, no ha de ser prescrita de forma sistemàtica en base a una intuïció d'un possible benefici.

Amb la col·laboració de



Fonts

- Lanken PN, Terry PB, Delisser HM, et al; ATS End-of-Life Care Task Force. An official American Thoracic Society clinical policy statement: palliative care for patients with respiratory diseases and critical illnesses. *Am J Respir Crit Care Med.* 2008;177(8):912–27. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18390964>.
- Mahler DA, Selecky PA, Harrod CG, et al. American College of Chest Physicians Consensus Statement on the management of dyspnea in patients with advanced lung or heart disease. *Chest* 2010;137(3):674–91. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20202949>.
- Nocturnal Oxygen Therapy Trial Group. Continuous or nocturnal oxygen therapy in hypoxemic chronic obstructive lung disease: a clinical trial. *Ann Intern Med.* 1980;93(3):391-8. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6776858>.
- Report of the Medical Research Council Working Party. Long term domiciliary oxygen therapy in chronic hypoxic cor pulmonale complicating chronic bronchitis and emphysema. *Lancet.* 1981;1(8222):681-6. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6110912>.
- Abernethy AP, Currow DC, Frith P, et al. Prescribing palliative oxygen: a clinician survey of expected benefit and patterns of use. *Palliative Med.* 2005;19:168-70. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15810762>.
- Davidson PM, Johnson MJ. Update on the role of palliative oxygen. *Curr Opin Support Palliat Care* 2011;5:87-91. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21532348>.
- Uronis H, McCrory DC, Samsa G, et al. Symptomatic oxygen for non-hypoxaemic chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(6):CD006429. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21678356>.
- Moore R, Berlowitz D, Denehy L, et al. A randomised trial of domiciliary, ambulatory oxygen in patients with COPD and dyspnoea but without resting hypoxaemia. *Thorax.* 2011;66:32-7. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20880870>.
- Clemens KR, Quednau I, Klaschik E. Use of oxygen and opioids in the palliation of dyspnoea in hypoxic and non-hypoxic palliative care patients: a prospective study. *Support Care Cancer.* 2009;17:367-77. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18719948>.
- Galbraith S, Fagan P, Perkins P, et al. Does the use of a handheld fan improve chronic dyspnea? A randomized, controlled, crossover trial. *J Pain Symptom Manage.* 2010;39:831-8. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20471544>.

Essencial és una iniciativa que identifica pràctiques clíniques de poc valor i promou recomanacions per tal d'evitar-ne la realització.

Si voleu rebre més informació sobre el projecte, podeu contactar amb: essencial.salut@gencat.cat o visitar el web: <http://essencialsalut.gencat.cat>